



Wielkopolskie Centrum Onkologii
 im. Marii Skłodowskiej-Curie
 ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
 tel. (+48-61) 885 05 00 fax 852 19 48
 NIP: 778-13-42-057 REGON: 000291204
 Nr księgi: 000000016138
 Ambulatorium Wielkopolskiego Centrum Onkologii
 Poradnia Anestezjologiczna
 (+48 61) 885 05 86 (H4)
 Kody resortowe. V - 01, VII - 115, VIII - 1670

DO PORADNI ANESTEZJOLOGICZNEJ
ANKIETA PACJENTA
 WYWIAD CHOROBY

PROSZĘ WYPEŁNIĆ PRZED PRZYJŚCIEM DO PORADNI

Nazwisko i imię: PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UCZULENIA TAK NIE

Jeśli zaznaczono TAK, proszę wymienić leki, substancje, pokarmy na które jest Pani/Pan uczulona/y:

.....

Przyjmowane leki/dawkowanie:

Nazwa leku	Dawka	Godziny przyjmowania		
		Rano	Południe	Wieczór

Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe ("rozrzedzające krew") TAK NIE

Wady wrodzone TAK NIE

Jeśli zaznaczono TAK, proszę wymienić jakie:

Czy była/był Pani/Pan operowany/a. Proszę podać rodzaj zabiegu, znieczulenia, wpisać ewentualne trudności/ komplikacje

Rodzaj zabiegu	Rok	Ewentualne komplikacje podczas zabiegu	Rodzaj znieczulenia, ewentualne komplikacje

Choroby układu sercowo-naczyniowego:

TAK, jakie? NIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Choroba niedokrwienna | <input type="checkbox"/> Zawał serca, kiedy?
..... |
| <input type="checkbox"/> Stenty | <input type="checkbox"/> CABG ("By-passy") |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> Zatorowość płucna |
| <input type="checkbox"/> Zakrzepica kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> Niewydolność serca |
| <input type="checkbox"/> Stymulator serca | <input type="checkbox"/> Kardiowerter-defibrylator (ICD) |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu serca | <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków |
| <input type="checkbox"/> Tętniaki (w tym aorty, mózgu) | <input type="checkbox"/> Wady zastawkowe |
| <input type="checkbox"/> Duszność w czasie wysiłku | <input type="checkbox"/> Inne
..... |

Choroby układu oddechowego:

TAK, jakie? NIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) |
| <input type="checkbox"/> Przewlekłe zapalenie oskrzeli | <input type="checkbox"/> Przewlekły kaszel |
| <input type="checkbox"/> Bezdech senny | <input type="checkbox"/> Duszność |
| <input type="checkbox"/> Zapalenia płuc | <input type="checkbox"/> Inne
..... |

Choroby krwi:

TAK, jakie? NIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia krzepnięcia, przedłużone krwawienie, łatwe siniaczenie | <input type="checkbox"/> Hemofilia (także w rodzinie) |
| <input type="checkbox"/> Białaczka | <input type="checkbox"/> Zaburzenia krzepnięcia występujące w rodzinie |
| <input type="checkbox"/> Niedokrwistość | <input type="checkbox"/> Inne
..... |

*Adnotacje
anestezjologiczne*

Choroby układu pokarmowego:

- Zapalenie jelit
- Choroba refluksowa przełyku
- Krwawienie z przewodu pokarmowego
- Zapalenie trzustki
- Choroby pęcherzyka żółciowego

TAK, jakie? NIE

- Zapalenie wątroby (w tym HCV, HBV)
- Choroba wrzodowa (żołądka, dwunastnicy)
- Choroby wątroby (marskość, żółtaczką, kamica pęcherzyka żółciowego)
- Biegunki/zaparcia
- Inne

Choroby układu moczowego:

- Niewydolność nerek
- Przewlekłe zapalenie nerek
- Kamica nerkowa
- Podwyższone poziomy kreatyniny

TAK, jakie? NIE

- Dializoterapia
- Zaburzenia w oddawaniu moczu, nietrzymanie moczu
- Choroby prostaty (przerost, rak)
- Inne

Choroby układu endokrynnego:

- Choroby tarczycy - nadczynność
- Choroby tarczycy - wole obojętne
- Choroby tarczycy - niedoczynność

TAK, jakie? NIE

- Cukrzyca leczona insuliną
- Cukrzyca leczona doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi
- Inne

Choroby układu nerwowego:

- Udar mózgu
- Miastenia, dystrofie mięśniowe
- Nerwica
- Choroba Parkinsona
- Choroba Alzheimera

TAK, jakie? NIE

- Niedowład , porażenia
- Padaczka
- Choroby psychiczne np: depresja
- Omdlenia i zaniki pamięci
- Inne

Choroby układu kostno-szkieletowego:

- Osteoporoza
- Zwyrrodnienia

TAK, jakie? NIE

- Dyskopatie
- Inne

Choroby narządu wzroku:

- Zaćma
- Jaskra

TAK, jakie? NIE

- Retinopatia
- Inne

Choroby narządu słuchu:

- Niedosłuch
- Zawroty głowy

TAK, jakie? NIE

- Przewlekłe zapalenie ucha
- Inne

Stan uzębienia, wskaż:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uporządkowane | <input type="checkbox"/> Proteza |
| <input type="checkbox"/> Liczne ubytki | <input type="checkbox"/> Implanty |
| <input type="checkbox"/> Zęby próchnicze | <input type="checkbox"/> Aparat protetyczny |
| <input type="checkbox"/> Zęby ruchome | <input type="checkbox"/> Inne |

Czy przyjmowała Pani/Pan antybiotyki bezpośrednio przed przyjęciem do szpitala? TAK NIE

Inne schorzenia, nieujęte w powyższej ankiecie? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?.....

Czy miała Pani/Pan kiedykolwiek przetaczana krew lub preparaty krwiopochodne (osocze, koncentrat płytek itp.)? TAK NIE

Jeśli tak, czy występowały niepożądane objawy? TAK NIE

Czy u Pani/Pana lub w Państwa rodzinie wstępują choroby mięśni? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?.....

Czy pali Pani/Pan papierosy? TAK NIE

Jeśli tak, to w jakich ilościach i od kiedy ?/24hlat

Czy spożywa Pani/Pan alkohol? TAK NIE
 OKAZJONALNIE

Czy pobiera Pani/Pan leki uspokajające i nasenne ? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie i w jakiej dawce ?

Czy spożywała Pani/Pan jakiegokolwiek leki psychostymulujące, narkotyki i inne środki odurzające? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie ?

Czy jest Pani w ciąży ? TAK NIE

Czy nosi Pani/Pan szkła kontaktowe, aparaty słuchowe, posiada endoprotezy, kolczyki, wkładki domaciczne lub inne ciała obce? TAK NIE

Jeśli tak, to proszę wymienić jakie

.....
.....

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu skutków zdrowotnych.

.....
Podpis pacjenta (czytelnie)